UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1949-1950 — N° 45

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT DES OSTÉITES MANDIBULAIRES

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 8 Mars 1950

PAR

Claude MANDART

Chirurgien-Dentiste

Né à PÉRIGUEUX (Dordogne), le 18 Janvier 1920

Examinateurs de la Thèse

MM. DUBECQ, Professeur ..... Président

LOUBAT, Professeur .....

DESPONS, Agrégé ..... Juges

MARONNEAUD, Agrégé .....

LABOUHEYRE

Imprimerie ANDRÈS

1950

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41538106_0069

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1949-1950 — N° 45

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT DES OSTÉITES MANDIBULAIRES

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 8 Mars 1950

PAR

Claude MANDART

Chirurgien-Dentiste

Né à PÉRIGUEUX (Dordogne), le 18 Janvier 1920

Examinateurs de la Thèse

MM. DUBECQ, Professeur ..... Président

LOUBAT, Professeur ..... Juges

DESPONS, Agrégé ..... Juges

MARONNEAUD, Agrégé ..... Juges

LABOUHEYRE

Imprimerie ANDRÈS

1950

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux

Doyen honoraire ..... M. R. DUPERIE.
Doyen ..... M. PORTMANN.
Assesseur ..... M. CHELLE.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. DENIGES, H. MANDOUL, PETGES, GUYOT, ANDERODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, PERY, LABAT, CHARRIER, DUBREUIL.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	DUPERIE.	Médecine expérimentale ...	AUBERTIN.
id.	CREYX.	Clinique ophtalmologique ..	BEAUVIEUX.
Clinique chirurgicale	MASSE.	Clinique chir. inf. et orthop.	LOUBAT.
id.	PAPIN.	Clinique des maladies infect.	DAMADE.
Clinique d'accouchements ..	RIVIERE.	Chimie biologique et médic.	MACHEBOEUF.
Clinique gynécologique	MAGENDIE.	Physique méd. et pharmac..	PIFFAULT.
Anatomie path. et micr. cl.	DE GRAILLY.	Méd. col. et clin. mal. exot.	BONNIN.
Anatomie	VILLEMIN.	Clin. mal. cutan. et syphil.	JOULIA.
Anatomie générale et histol.	N...	Cl. des mal. des voies urin.	DARGET.
Hygiène et clin. de la tubere.	PIECHAUD.	Clin. mal. nerv. et mentales	DELMAS-MARSALET
Médecine légale et du travail	DERVILLEE.	Clin. d'oto-rhino-laryngolog.	PORTMANN.
Electrorad. et clin. d'él. méd.	REBOUL.	Toxicologie et hygiène appl.	CASTAGNOU.
Chimie	CHELLE.	Clinique d'odontostomatolog.	DUBECQ.
Matière médicale	GOLSE.	Clin. méd. des mal. des enf.	FONTAN.
Pharmacie	VITTE.	Botanique et cryptogamie ..	GIRARD.
Physiologie	FABRE.	Thérapeutique	BROUSTET.
Zoologie et parasitologie ...	R. SIGALAS.		

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. PERRENS (Maladies mentales). - DUFOUR (Anatomie). MESNARD (Pharmacie).

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES :

	MM.		MM.
Parasitologie	PAUTRIZEL.	Pharmacie (1re Section) ...	R. GOLSE.
Physiologie	Mlle ROUGIER.	Pharmacie (2e Section)	MASQUELIER
Bactériologie	MOUSTARDIER.	Pharmacie (3e Section)	CAZAUX.

MAITRE DE CONFERENCES :

M. BLANQUET (Physique pharmaceutique)

AGREGES EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Médecine générale	SARIC.	Obstétrique	CHASTRUSSE.
id.	DUBARRY.	Ophtalmologie	BESSIERE.
id.	F.-J. TRAISSAC.	Oto-rhino-laryngologie ...	DESPONS.
id.	BERGOUIGNAN.	Dermatologie et syphiligrap.	LE COULANT.
Chirurgie générale	LEVY.	Histologie	MAYER.
id.	POUYANNE.	Pédiatrie et puériculture ...	VERGER.
id.	LAUMONIER.	Méd. lég. et méd. du travail	L'EPEE.
id.	CHAVANNAZ.	Electroradiologie	LACHAPELE.
Chimie biologique	TAYEAU.	Odonto-stomatologie	MARONNEAUD.
Obstétrique	MAHON.	Urologie	LANGE.

COURS COMPLEMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire	DUFOUR.	Pharmacie galénique	MESNARD.
Accouchements	MAHON.	Organographie et phys. vég.	TEMPERE.
Puériculture	N...	Chimie biologique	NEUZIL.
Législation pharmaceutique .	POPLAWSKI. COUSTOU.	Pathologie chirurgicale	LAUMONIER.
Anatomie	RIGAUD.	id.	VILLAR.
Chimie minérale	BABIN.	Zoologie pharmaceutique ...	BAILENGER.
Cryptogamie	LAUBIE.	Hydrologie pharmaceutique .	CAZAUX.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A MA GRAND-MÈRE

A MA MÈRE — A MON PÈRE

En témoignage de toute mon affection.

A MA FEMME

Qui m'a donné l'aide la plus précieuse lorsque je débutais dans ma vie de praticien.

Avec toute ma tendresse.

A MES ENFANTS

A MA FAMILLE

A MA BELLE-FAMILLE

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. DUBERNARD

STOMATOLOGISTE DES HOPITAUX

Qui a guidé nos premiers pas dans la stomatologie et nous a témoigné si souvent confiance et amitié au cours de nos études.

En remerciement de son aide et de ses conseils.

A FRÉDÉRIC GAY

Depuis sept ans mon fidèle compagnon de travail dont l'habileté et le dévouement m'ont été précieux.

A TOUS MES AMIS

A NOS MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX

A NOS JUGES

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR X. J. DUBECQ

PROFESSEUR DE CLINIQUE ODONTO-STOMATOLOGIQUE

DOCTEUR ÈS SCIENCES

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Respectueux témoignage de reconnaissance pour l'enseignement qu'il nous a dispensé, pour son accueil toujours bienveillant et l'honneur qu'il nous a fait en acceptant de présider cette thèse.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU TRAITEMENT

DES OSTÉITES MANDIBULAIRES

INTRODUCTION

Dans l'histoire du traitement des ostéites mandibulaires, deux phases se détachent nettement.

La première, que nous pourrions appeler l'*ère chirurgicale* a duré depuis que sont connues les ostéites mandibulaires, — depuis Hipocrate et Gallien, jusqu'aux environs de 1930.

« Le seul traitement efficace est l'intervention chirurgicale. Du pus emplit les canalicules de l'os, gonfle ses alvéoles, il faut l'évacuer. En cette proposition peut se résumer l'action opératoire. » (Thèse de Rodes.)

A la période d'état, on peut distinguer deux méthodes de traitement local : une méthode d'expectative armée, préconisée par Rousseau-Decelle, qui consiste à drainer les collections le plus économiquement possible, les séquestres étant cueillis lorsqu'ils sont en voie d'élimination.

A l'opposé, d'autres auteurs sont interventionnistes et proposent un évidement large et précoce, suivi d'un maintien de la plaie à ciel ouvert par un bloc d'étain. (Darcissac.)

Avec des moyens médicaux limités, il n'y avait rien d'autre à faire, et la guérison était généralement obtenue.

Rodes cite 28 cas d'ostéites d'origine bucco-dentaire, traités sans l'aide de thérapeutiques médicales ou prothétiques. La guérison a toujours été obtenue, mais parfois après des délais fort longs. (Deux ans dans une observation de H.-L. Rocher, de juin 1919.)

D'autre part, sans action sur l'extension des processus de suppuration et de nécrose, la thérapeutique chirurgicale pure aboutissait souvent à de gros délabrements osseux et à des édentements importants.

La deuxième phase, *ère médicale ou biologique,* vint avec l'utilisation des serums et vaccins et fit naître l'espoir d'obtenir des guérisons par des traitements médicaux.

Dechaume, en particulier, publiait des observations de cas traités par le bactériophage en juin 1936, par l'ozone en novembre 1936, par l'anatoxine antistaphylococcique en 1937.

Il écrivait en 1938 :

« Nous n'hésitons pas à écrire que le traitement des ostéites mandibulaires doit être plus médical que chirurgical, pour réagir contre l'emploi de curetages intempestifs. »

Cet espoir, mis dans les traitements médicaux, a encore été accru lorsque les sulfamides et la pénicilline sont venus enrichir l'arsenal thérapeutique.

On sait cependant, aujourd'hui, qu'il ne faut pas trop attendre de la pénicilline. Elle est, dans les cas sévères, le traitement de choix, mais ne permet pas d'éviter l'acte

chirurgical, ni de négliger l'appoint fourni par la prothèse.

Une observation type, du Service d'Odonto-Stomatologie de la Faculté de Bordeaux, nous a été communiquée; dans le traitement de cette ostéite étendue, avec séquestration importante, la pénicilline locale et générale et un traitement chirurgical ont été utilisés, complétés par une prothèse intrabuccale et une période d'immobilisation, qui ont préservé l'articulé et hâté la guérison.

Nous publions cette observation dans ce travail, dont l'objet, après un bref rappel de la classification des différentes formes de lésions inflammatoires de la mandibule, est d'examiner les moyens thérapeutiques applicables à chacune d'elle, de dégager leurs indications et les résultats que l'on pourra en attendre.

Rappel de quelques notions anatomo-physiologiques

Les ostéites frappent plus fréquemment la mandibule que le maxillaire supérieur.

La physiologie mandibulaire des prédispositions anatomiques communes à tous les âges ou réservées à l'enfance, expliquent cette réceptivité particulière du maxillaire inférieur à la maladie.

Réservés à l'enfance, la présence des follicules dentaires, leur évolution, les processus de rhyzalyse, et les remaniements osseux incessants qui en résultent.

Ces phénomènes biologiques, liés à l'évolution dentaire, s'ajoutent à ceux du développement osseux proprement dit, qui placent la mandibule infantile — dans sa partie postérieure en particulier — dans les mêmes conditions physiologiques que la partie juxta-épiphysaire des os longs.

Des prédispositions anatomiques sont communes à l'enfance et à l'âge adulte :

En particulier l'irrigation particulière du maxillaire inférieur, assurée par une source unique, l'artère maxillaire inférieure. Après avoir distribué des collatérales à chaque racine dentaire, l'artère arrive comme épuisée à la région incisive.

Le canal dentaire inférieur, parcourant le tissu spongieux de l'os depuis l'épine de Spix jusqu'à la symphyse, jouerait le rôle de voie de propagation à l'infection. Il est à remarquer que généralement, celle-ci suit le sens du courant sanguin et se propage de la région de l'angle vers

la région mentonnière. Exceptionnellement cependant, elle peut franchir la symphyse et aller ravager l'autre hémimaxillaire, remontant alors à contre courant, dans les formes très étendues de nécroses.

Des travaux américains ont montré que la position déclive de la mandibule, dans la cavité buccale, a pour conséquence une flore microbienne plus abondante que dans les parties hautes et un balayage salivaire moindre. Le drainage défectueux qui en résulte est favorable à l'infection et rend plus difficile la cicatrisation des plaies.

C'est une loi de pathologie générale qu'un os guérit d'autant plus vite qu'il est au repos.

La mobilité du maxillaire inférieur ne serait donc pas un facteur étranger à la facilité avec laquelle se développent les lésions inflammatoires.

Les essais d'immobilisation qui ont été pratiqués, semblent confirmer cette notion. (X.-J. Dubecq.)

On connait, malgré tout, l'extrême rareté des formes vraiment graves et étendues d'ostéites mandibulaires, ce qui amène à conclure que cet os est adapté dans ses défenses aux agressions microbiennes qu'il a à subir.

CLASSIFICATION

Formes Cliniques.

On peut adopter de nombreuses classifications des ostéites maxillaires :

Classification selon l'étiologie, l'anatomie pathologique, la bactériologie, la clinique.

Il nous a paru commode d'adopter une classification clinique, puisque c'est du diagnostic de la forme clinique que dépendra le traitement.

Nous diviserons les ostéites en deux grandes catégories :

1° Celles évoluant de façon apyrétiques;

2° Celles qui s'accompagnent de phénomènes septicémiques.

1° Ostéites évoluant avec participation minimum des signes généraux :

Toutes sont d'origine dentaire. (Chatonnet.) Dans cette première catégorie, entreront tous les foyers périapicaux, raréfiants ou granulomateux. Ces ostéites périapicales, pratiquement solidaires de la monoarthrite, sont le point de départ de nombreuses complications dont il est difficile de prévoir l'évolution.

Complications fréquentes et bénignes, avec participation minime de l'os à l'infection, ce sont les ostéopériostites.

Complications rares et graves, dans lesquelles les signes généraux interviennent désormais et qui se rangent dans la catégorie suivante.

2° Ostéites évoluant avec phénomènes septicémiques :

a) Les *ostéites* sont d'origine dentaire, ou tout au moins locale (gingivale, traumatique, cutanée).

Elles sont extrêmement diverses et se subdivisent :

Symptomatiquement, en formes cliniques suraiguës, aiguës, chroniques, abortives, récidivantes.

Topographiquement, en ostéites corticales, centrales; ostéites symphysaires, de la branche horizontale, de la branche montante.

b) Les *ostéomyélites,* lésions de causes bactériologiques variées, présentent un caractère commun, celui d'être venues au maxillaire par voie sanguine.

Les ostéomyélites mandibulaires sont une rareté. Parmi elles, cependant, on rencontre, le plus fréquemment, les formes à staphylocoque, à streptocoque. (Rodes.)

Puis, viennent les ostéomyélites à pneumocoques, à B. d'Eberth, à B. K. (ostéites tuberculeuses, qui sont en réalité des ostéomyélites authentiques), à tréponèmes (ostéites syphilitiques, qui sont en réalité aussi des ostéomyélites).

Plus qu'ailleurs le diagnostic bactériologique est important, car il pourra guider le traitement.

Foyers périapicaux.

L'extension au ligament alvéolodentaire d'une infection intra-dentaire, constitue la monoarthrite alvéolodentaire.

Un minime foyer d'ostéite périapicale se constitue alors, d'évolution plus ou moins insidieuse. Cette ostéite est du domaine alvéolaire.

C'est, dans beaucoup de cas, une découverte de radiographie. Ce foyer peut ne pas se manifester cliniquement pendant des années; lorsqu'il se révèle, c'est en général par sa complication banale que constitue l'ostéopériostite.

La destruction osseuse a des aspects variables; celle-ci ne se présente pas toujours comme une petite zone radioclaire, appendue à l'apex et à limites nettes. Ancienne, elle peut coiffer la zone périapicale et remonter le long des racines : (destruction, par exemple, de la table externe au niveau d'une monoradiculée ou du septum interradiculaire, entre deux foyers confluents sur une multiradiculée). Une image radiographique ainsi étendue n'est pas toujours homogène.

Le point de départ d'un tel foyer n'est pas toujours un apex, mais peut être aussi l'arrivée à l'articulation alvéolodentaire d'un faux canal ou d'un des nombreux canaux aberrants mis expérimentalement en évidence par l'inonophorèse en solution colorée. (Expérience de P. Bernard.)

Dans cette région du périodonte, où sont toujours présentes des inclusions épithéliales, on trouve rarement un processus ostéitique pur, celui-ci est fréquemment accom-

pagné de débris épithéliaux, hyperplasiés par l'infection, qui constituent le granulome.

« Il y a tous les intermédiaires entre le processus tumoral du granulome, lysant l'os par effet mécanique et cerné d'une zone d'os condensé sain, et le processus d'ostéite pure, où l'os périphérique est malade, infecté et corrodé... Le granulome est presque toujours infecté et peut subir des poussées aiguës d'abcédation. » (P. Friez.)

En résumé, sur le vu d'une radiographie, nous dirons *ostéite* quand les limites sont floues au cours de phénomènes infectieux aigus ou subaigus, et nous dirons *granulome* quand l'image est nettement arrondie, cernée d'une coque osseuse, dense, témoignant d'une infection très atténuée.

Pratiquement, sur quels signes va se baser le praticien pour juger s'il doit tenter un traitement conservateur, ou si l'extraction d'emblée est préférable ?

Lorsque le foyer périapical est une découverte de radiographie, absolument muette cliniquement, il est bien difficile de faire admettre au patient la nécessité d'une extraction préventive. D'ailleurs, lorsqu'on a à faire à un sujet sain, en bon état général, il y a des chances pour que ce foyer reste muet. On pourra alors se contenter de trépaner la dent et de traiter les canaux (à condition, bien entendu, que ceux-ci soient bien accessibles et perméables).

Lorsqu'il s'est déjà manifesté une poussée de monoarthrite subaiguë ou même aiguë, l'extraction est la règle. Cependant, on pourra tenter un traitement conservateur exceptionnellement, lorsque le ligament alvéolodentaire est intact dans son ensemble, son atteinte étant nettement localisée à la région de l'apex. S'il y a fistulisation, celle-ci est un bon élément de pronostic. Une fistule remontant au niveau de la fibromuqueuse adhérente est généralement moins curable qu'une fistule établie en regard de la zone périapicale malade. Un autre élément du pronostic est l'in-

tégrité ou la destruction du rebord alvéolaire; une destruction de ce rebord, qu'on peut apprécier par une exploration prudente à la sonde, compromet les chances d'un traitement conservateur.

Les procédés thérapeutiques qui se proposent de stériliser les canaux dentaires infectés et l'espace périapical, sont nombreux et toujours très discutés. Tous relèvent des trois temps classiques : pénétration, désinfection, obturation.

La pénétration consiste à s'assurer de la perméabilité du canal; elle constitue la difficulté essentielle dans les canaux aplatis, étroits ou coudés.

Les alcalins : Na2O2, ClONa, sont aptes à dissoudre les débris organiques obstruants. On peut ensuite procéder à l'alésage chimique, par l'eau régale ou mécanique.

Le canal infecté est ensuite mêché avec les antiseptiques divers, formolés ou non. Leur diffusion, dans l'espace périapical, est assurée par leur association avec des essences volatiles.

Pénicilline, thyrotricine, streptomycine ont aussi été employées dans les traitements des canaux infectés et des espaces périapicaux. Les résultats ne paraissent pas supérieurs à ceux qui sont obtenus avec les antiseptiques classiques. En ce qui concerne la streptomycine, « on a observé que le succès dépendait de doses beaucoup plus élevées que celles que les essais « in vitro » semblaient indiquer. Le traitement des racines demande au moins un milligramme de streptomycine par canal ». (P. Muhleman.)

L'ionophorèse, utilisant l'ion 13 ou l'ion OH, apparaît séduisante chaque fois que les tire-nerfs et les sondes ont des difficultés à pénétrer jusqu'à l'apex. Elle est également particulièrement indiquée dans le traitement des canaux aberrants.

Quant au curetage périapical, suivi ou non de résection

de l'apex, il n'a d'intérêt pratique que pour les incisives et canines. Il est indiqué, dans les cas où le foyer périapical est nettement limité; lorsque la raréfaction osseuse est diffuse, il est difficile de faire le choix entre la partie qui doit être curetée et celle que n'a pas touché l'infection; on risque, dans ces cas, d'aboutir à un échec.

La guérison clinique d'un foyer périapical peut être obtenue en quelques semaines; mais la guérison radiovisible, se traduisant par la régénération osseuse, demande quatre à six mois. Après plusieurs années, l'os néoformé peut être plus dense que l'os normal (analogue au cal des fractures ayant suppuré). (A. Marmasse.)

Lorsqu'elle put être ainsi convenablement traitée, une dent pourra être utilisée sans arrière pensée.

Dans tous les autres cas, l'extraction de la dent est préférable.

Ostéopériostites.

L'ostéopériostite est la complication banale de la monoarthrite.

On la rencontre plus souvent à la mandibule (dent de six ans infectée principalement) qu'au maxillaire supérieur.

Dans sa thèse, Rodes indique 60 % des cas au maxillaire inférieur contre 40 % seulement au maxillaire supérieur.

Cette complication évolue avec participation minima de l'os. Alors que, lorsqu'il y a participation osseuse marquée à l'infection, la diffusion de celle-ci se fait par le tissu spongieux, entre les tables externe et interne; dans l'ostéopériostite, le pus, formé dans la région apicale, va avoir tendance à s'évacuer au plus court par une fistule qui va gagner la zone corticale, le périoste et enfin la zone muqueuse ou cutanée.

Dans le tissu cellulaire, en dehors de la fusée purulente, se produit une lymphocellulite, la « fluxion ». A des degrés divers, presque toutes les ostéopériostites sont ainsi coiffées de cellulite.

Au début, l'ostéopériostite est une réaction congestive non suppurée, qui se manifeste cliniquement par des douleurs spontanées, lancinantes, pulsatiles, exacerbées par la chaleur et par une légère extrusion de la dent.

Ce stade peut tourner court vers la *guérison*, ou évoluer vers la *suppuration*.

Une fois la collection suppurée constituée, le premier traitement consiste à l'évacuer.

Cette évacuation se fait, en règle générale, par l'extraction.

Exceptionnellement, un traitement conservateur peut être tenté et sera réservé aux cas bénins pris à leur début. L'évacuation de la collection suppurée est alors réalisée par incision vestibulaire ou drainage filiforme; elle est suivie de la trépanation de la dent, de sa désinfection et de celle de l'espace périapical.

Ces cas restent l'exception, applicable seulement à une dent dont l'importance est capitale et l'extraction difficile (pilier d'un grand bridge par exemple).

L'extraction reste la règle absolue, et la proposition de Sébilleau garde toute sa valeur :

« A aucun moment il n'est trop tard pour pratiquer cette avulsion qui, je le répète, est la nécessité même. Au début, elle prévient le phlegmon, un peu après elle l'arrête, plus tard, elle l'ouvre. »

Cette extraction devra se faire précocement. Si l'anesthésie est ainsi plus délicate, on aura cependant la satisfaction d'avoir soulagé le malade, abrégé la durée totale de son affection, enfin, fait le maximum pour éviter le passage à une forme septicémique d'ostéite.

D'autre part, l'extraction est une solution définitive. L'expérience montre que, si l'on se contente d'un drainage ou si on laisse la phase aiguë se refroidir d'elle-même (après des jours de douleurs aiguës), 30 % des malades ne reviennent pas et gardent latent leur foyer ostéitique, toujours prêt à se manifester à nouveau.

Chatonnet, dans sa statistique, cite 79 observations d'ostéopériostites au maxillaire inférieur.

Sur ces 79 cas, 78 ont été suivis et guéris. Pour le dernier,

l'incision vestibulaire seule avait été pratiquée, suivie d'amélioration, le malade ne s'est, ensuite, pas représenté.

Le traitement pratiqué dans les 78 autres cas, a toujours compris l'extraction de la dent causale.

Celle-ci, seule, a amené la guérison dans 70 cas.

L'anesthésie tronculaire à l'épine de Spix, a été nécessaire dix-huit fois, toujours pour des molaires.

Deux fois l'extraction a été précédée d'incision vestibulaire.

Trois fois elle a dû être suivie de curetage dans une séance ultérieure.

Une fois d'un drainage filiforme.

La guérison a ainsi toujours été obtenue.

Il ressort de cette statistique que l'extraction précoce est le traitement de choix.

En laissant l'ostéopériostite devenir chronique, on risque pour le moins de voir se produire une fistule cutanée. (Sept pour cent des cas d'après Chatonnet.)

Le traitement chirurgical doit être complété par un traitement antalgique.

Les douleurs intenses de l'ostéopériostite sont calmées par la chaleur, contrairement à ce qui se passe pour la monoarthrite congestive. On doit aussi encourager le patient à lutter contre la dénutrition à laquelle il a souvent tendance à se laisser aller.

Dans la plupart des cas, un traitement anti-infectieux général semble superflu. Cependant, dans les cas sévères où l'allure de l'inflammation fait craindre le passage à une forme ostéitique, les sulfamides et la pénicilline, donnés précocement, pourront enrayer cette évolution. Lorsqu'on estime devoir recourir à ces médicaments, on doit faire de fortes doses d'emblée.

Enfin, lorsque la cicatrisation est traînante, une ou deux séances de radiothérapie de contact donneront un coup de fouet au départ de cette cicatrisation.

Ostéites.

L'ostéite est une atteinte inflammatoire aiguë tendant à diffuser, s'accompagnant de suppuration, de séquestration et des signes généraux qu'on trouve habituellement dans une affection grave.

Etiologie :

La cause de telles ostéites est, dans l'immense majorité des cas, une cause dentaire, ou tout au moins buccale. Toutes les statistiques, si elles ne sont pas d'accord sur le chiffre, mettent en évidence la prédominance de ces causes locales, laissant aux ostéomyélites proprement dites un pourcentage minime.

Frôner donne 0,35 % d'ostéomyélites et Dobkine 4,4 %. (Rodes.)

Les mêmes causes de monoarthrite ne se retrouvent que pour l'ostéopériostite, mais l'ostéopériostite est la complication fréquente et bénigne, l'ostéite rare et grave, sans qu'on ait pu mettre bactériologiquement en évidence, de façon certaine, une plus grande virulence microbienne.

Malgré cette origine dentaire évidente, il est de bonne clinique, lorsqu'on se trouve en présence d'une ostéite diffusée grave, de faire les recherches nécessaires pour dépister une syphilis, un diabète, des troubles de la nutrition.

Cela n'empêche pas que l'origine locale soit à la base de tout, mais le traitement est alors complété par une

cure antisyphilitique, ou par celle d'un diabète, jusque là méconnu.

Localisations :

L'ostéite mandibulaire débute généralement au cours de l'évolution d'une monoarthrite suppurée, dans la portion de la branche horizontale correspondant à la deuxième prémolaire et à la première molaire.

Plus rarement, la deuxième molaire est le siège de départ. Les incisives et les canines semblent jouir d'une immunité particulière; peut-être faut-il voir là leur position axiale sur la mandibule, alors qu'anatomiquement, l'infection se propage d'arrière en avant.

Cependant, l'ostéite de l'angle s'observe moins fréquemment à la suite d'accidents infectieux de la dent de sagesse.

L'ostéite aiguë de la région prémolaire-molaire — décrite comme forme type — est la plus fréquente : 85 % d'après la statistique de Rodes, pour 8 % à la symphyse et 6 % à la branche montante; cette dernière forme, comme celle de l'angle, a généralement pour origine des accidents d'évolution de la dent de sagesse.

La forme aiguë évolue en quinze jours à deux mois. Elle est la plus répandue. (8%)

La forme suraiguë, dans laquelle le tableau clinique est celui des grandes infections avec collapsus rapide et mort, est une rareté.

Par contre, la forme subaiguë (12 %) avec atténuation des signes généraux et une évolution plus lente, paraît plus fréquente depuis l'emploi des sulfamides et de la pénicilline. (Thèse de Rodes.)

L'atténuation des phénomènes généraux modifie le tableau clinique sans que l'évolution lente de la nécrose osseuse en soit empêchée.

Formes localisées :

Dans les cas favorables, l'ostéite, une fois constituée, reste localisée à la région de la dent causale. Cette première localisation peut être alvéolaire ou basilaire.

La *Localisation alvéolaire* apparait précocement, compliquant une extraction, un traitement, ou parfois évoluant malgré un traitement. Dans les alvéolites, le traitement antalgique prime avec la désinfection rigoureuse de la plaie opératoire. Le séquestre se forme généralement aux dépens d'une des parois de l'alvéole. Il est cueilli dans les semaines qui suivent. Parfois, il faudra inciser et ruginer la muqueuse pour le saisir. Une fois le séquestre éliminé, la cicatrisation intervient d'habitude rapidement; sinon, une à deux séances de roentgenthérapie peuvent aider à cette cicatrisation.

La *Localisation basilaire* est une complication plus tardive et plus tenace de ces mêmes causes.

Les ostéites basilaires peuvent succéder à une infection dentaire sans qu'il existe de foyer de nécrose de la partie moyenne du corps de l'os.

Le séquestre est allongé, enchassé dans le bord basilaire, parfois difficile à trouver. Il entretient une fistule cutanée; c'est par voie cutanée qu'il faut l'aborder.

Formes diffusées graves :

Dans des cas moins favorables, l'ostéite aura tendance à diffuser à une ou plusieurs régions du maxillaire inférieur.

C'est avec ces ostéites diffusées qu'on aborde vraiment l'étude des formes graves avec signes septicémiques intenses : maladie longue, mutilante, pénible pour le patient, qui ne sera convenablement traitée qu'en milieu hospitalier.

En général, les premières manifestations sont des douleurs aiguës, irradiées à l'hémimaxillaire ou même à l'hémiface.

Le signe de Vincent, bien qu'inconstant, témoigne, lorsqu'il existe, d'une atteinte sévère. Les signes généraux apparaissent ensuite très rapidement.

Parfois, au contraire, ce sont les signes généraux qui précèdent les signes de localisation. (Cas de Maronneaud, cité par Rodes.)

La forme type des ostéites diffusées mandibulaires est **celle de la région prémolaire-molaire.**

A la *phase d'invasion,* on se trouve donc en présence de signes septicémiques témoignant d'une infection intense (Température élevée, asthénie, frissons, albuminurie), et des signes d'une monoarthrite aiguë ou suraiguë, accompagnée d'œdème périphérique.

L'examen radiologique ne révèle pas encore d'atteinte osseuse. Cependant, en présence d'un tel tableau clinique, il est nécessaire d'hospitaliser le malade.

A ce stade, il faut extraire la dent causale, avec une anesthésie régionale, de préférence sans adrénaline. L'anesthésie générale n'est cependant pas contre-indiquée, car elle ne fait pas courir alors de risque de fracture.

Pendant cette période, il faut surtout se méfier des mutilations que sont les extractions inutiles et les curetages intempestifs.

« La chirurgie mandibulaire doit rester volontairement timide. » (X.-J. Dubecq.)

Le seul acte opératoire urgent est l'extraction de la dent causale.

Un traitement anti-infectieux général est la nécessité même. Tour à tour sérums, vaccins, bactériophage ont tenu la vedette de cette thérapeutique, jusqu'à l'apparition des sulfamides et de la mycothérapie.

C'est à la phase d'invasion que la pénicilline trouve sa meilleure indication. Il faut recourir d'emblée aux doses fortes : 1.000.000 U. O. par vingt-quatre heures.

On assiste généralement à la disparition rapide du syndrome infectieux, mais dans la plupart des cas la nécrose continue son évolution.

La pénicillothérapie, surtout si elle n'a pas pu être très précoce, pourra être aidée par l'emploi des transfusions, qui ont un effet bienfaisant sur l'état général et les phénomènes infectieux.

A la période d'état :

La tuméfaction croit, le trismus apparait; les signes généraux diminuent quand la suppuration devient abondante, aux collets des dents mobiles et par des fistules multiples.

Il faut alors se contenter de drainer les collections périmandibulaires par des incisions.

Par les ouvertures pratiquées, on pourra faire barbotter un courant d'ozone ou faire des lavages au bactériophage ou avec des solutions sulfamidées-pénicillinées.

Le bactériophage a donné de beaux résultats; malheureusement, il est inactif contre le streptocoque et l'entéro, qui participent à presque toutes les infections d'origine dentaire.

D'autre part, il n'est actif qu'avec une glycémie normale, en s'abstenant de l'emploi d'autres antiseptiques et des rayons X.

Par contre, son emploi est compatible avec celui des sulfamides, de la pénicilline, et dans une certaine mesure, avec celui de la diathermie. (Fernex.)

Le séquestre ne se constituera que plus tard.

L'intervention de large évidement précoce, préconisé par Darcissac, est jugé par la majorité des spécialistes, comme une audace dangereuse et inutile.

Phase de séquestration :

Les signes généraux et la douleur ont disparu. Des radiographies de semaine en semaine et des explorations au stylet montrent la formation et la libération des séquestres.

On en déduit le moment de l'intervention, qui n'aura lieu qu'une fois le séquestre parfaitement mobilisé.

Avant d'entreprendre une telle intervention, il est prudent, lorsqu'une fracture pathologique menace, de prendre avec douceur une empreinte et de préparer préventivement une prothèse de contention.

« Les fongosités seront curetées prudemment et l'on respectera le fond velouté de la cavité afin de ne pas entraver l'ostéogénèse » (Duclos). La cavité sera méchée pendant 48 heures pour assurer l'hémostase, ou bourrée de septoplix.

On a pu dire que « les grands séquestres appartenaient à la vérole ».

Aussi, en présence de tels séquestres, l'étiologie syphilitique devra-t-elle être davantage soupçonnée. S'il est négatif, le B. W. sera complété par une réaction de Meinicke, après réactivation (1 à 2 injections de Novar, ou 4 à 5 de bismuth).

Après la séquestration, vient la *période de régénération.*

Celle-ci est très lente à se produire (Vrasse). Elle aboutit à la régénération osseuse progressive avec amélioration de la stabilité des dents. L'articulé, qui avait été modifié, peut revenir à peu près à la normale.

Néanmoins, cette phase de régénération est très importante à surveiller. D'elle dépend, en effet, le devenir esthétique et fonctionnel. Elle peut être coupée de rechutes et de recrudescence des signes généraux. C'est pourquoi il est bon de ne pas interrompre trop tôt le traitement pénicilliné.

L'articulé, comme la continuité osseuse, dépendent de la façon dont une *prothèse* bien comprise aura guidé la régénération.

On connait, depuis Darcissac, le rôle bienfaisant du bloc d'étain intracavitaire, dont le but est de guider une meilleure régénération osseuse en empêchant les bords périostés de s'enrouler sur eux-mêmes et de se rétracter.

L'os ainsi obtenu est moins rudimentaire et donne, par la suite, de meilleurs résultats esthétiques et fonctionnels.

Au traitement prothétique des ostéites mandibulaires revient la prévention, la réduction et la consolidation des fractures.

A cet effet, les grands bridges de contention et les gouttières d'argent ou de nickel-chrome sont les prothèses de choix lorsque la denture le permet.

Un bon articulé ultérieur est, du même coup, préservé.

Enfin, un os guérissant d'autant plus vite qu'il est au repos, une période d'immobilisation de la mandibule, en position correcte d'articulé, apparaît comme un facteur essentiel de la régression des accidents.

Les essais pratiqués dans le service du Professeur Dubecq, avec des résultats satisfaisants, semblent devoir confirmer cette idée.

Une telle immobilisation peut être réalisée de plusieurs façons : bridges de contention, gouttières, bloc de vulcanite intrabuccal s'ajustant sur la denture supérieure d'une part, sur la denture restante inférieure d'autre part. Ces prothèses sont complétées par un plâtrage exobuccal.

Parmi les complications, d'après une statistique de Rodes portant sur 32 observations, on compte :

Complications articulaires : 3 %.

Complications osseuses (fractures) : 9 %.

Atrophie mandibulaire : 6 %.

Ankylose : 0 %.

Fracture et atrophie viennent donc largement en tête des complications, mis à part l'édentement, qui représente à lui seul 53 %.

La crainte d'une ankylose paraît donc devoir s'effacer devant celle des dangers plus pressants que sont les fractures et l'atrophie mandibulaire. C'est principalement contre ces complications que lutte le traitement prothétique.

En résumé, en face d'une ostéite grave, on doit hospitaliser le malade.

La *pénicilline*, pratiquée à dose massive dès le début, écourte les phénomènes septicémiques et limite les dégâts osseux.

A la période d'état, quand la suppuration est établie, elle ne fait pas disparaître le pus ni les séquestres, mais limite l'extension des processus de suppuration et de nécrose.

Son maintien jusqu'à la guérison est le plus sûr moyen d'éviter une reprise des phénomènes infectieux.

Les *sulfamides* sont utilisées localement pour le colmatage des cavités.

L'*acte chirurgical* consiste à évacuer les collections purulentes, à pratiquer les extractions à la demande, l'ablation des séquestres et le curetage prudent des zones nécrosées.

La *prothèse* préserve un bon articulé, prévient ou traite les fractures, concourt par le fait de l'immobilisation, à la régression des accidents infectieux.

OSTÉITES

AUTEURS	AGE	SEXE	SIÈGE	DENT CAUSALE	LÉSIONS	TRAITEMENT	ÉVOLUTION
Rocher 29-11-27	15 a 1/2	F.	M. I. D. branche horizontale	d 6 infectée	Ostéophlegmon. Ostéomyélite. Fracture Pathologique. Pseudarthrose.	Incision de la collection. Avulsion de d 6. Curetage. Libération de la Pseudarthrose. Réduction des fractures. Appareillage par gouttière puis **blocage intermaxillaire.**	Guérison en 6 mois.
Lemerle 18-2-35	7 ans	F.	M. I. D.	Carie d V	Suppuration. Fistules. Séquestres.	Extraction de d IV - d V - d II - d III - d 6. Traitement sulfamidé tardif. — Dr. DECHAUME : Bactériophage. Ozone. Anatoxine Staphylo. Extraits Hépatiques.	Guérison en 2 ans. — Atrophie du M. I. D.
Dubecq X. J. 12-3-46	32 ans	F.	M. S. M. I.	D6 - D5 - D3 - D2 g5 - g6 - g7 - g8	Typhoïde, puis 2 foyers d'Ostéite. M. S. entièrement nécrosé. M. I. entouré de tissus fétides sans pus.	**PÉNICILLINE** générale et locale. Intervention.	Bonne cicatrisation en haut. Épaississement du M. I. sans réaction des tissus périmaxillaires.

OBSERVATION

R... Eugène, 34 ans, cultivateur, consulte, le 9 octobre 1948, pour une tuméfaction douloureuse du bord inférieur de la branche horizontale du maxillaire inférieur gauche.

Le diagnostic est celui d'ostéite de la branche horizontale du maxillaire inférieur gauche.

Histoire de la maladie :

Deux ans auparavant, il y aurait eu fracture de la même partie de la mandibule, fracture n'ayant fait l'objet d'aucun traitement.

Trois mois avant son arrivée à la clinique odonto-stomatologique, toute la branche horizontale du maxillaire inférieur gauche était le siège d'une légère douleur.

Puis, en trois jours, cette douleur s'intensifie, devient lancinante, en même temps qu'apparaît une tuméfaction importante de toute l'hémiface gauche, accompagnée de signes généraux.

Température : 40°.

Anorexie.

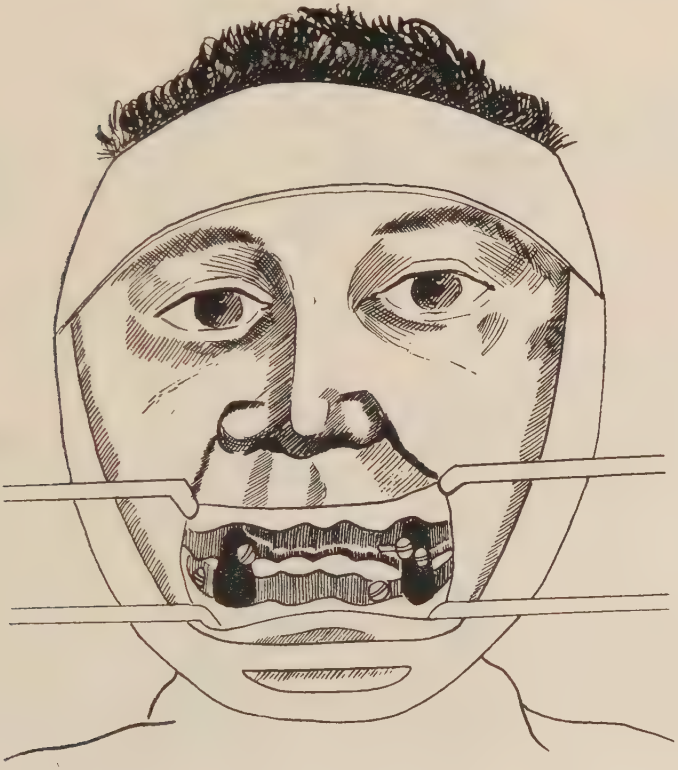
Sueurs abondantes.

Deux incisions exobucales, pratiquées à l'hôpital de Cognac, libèrent du pus et sont suivies de régression des signes généraux.

Le 9 octobre 1948, le malade entre à l'hôpital Saint-André.

Examen endobuccal :

Au niveau de la branche horizontale du MIG, et suivant cette branche, on note à la palpation une grosseur de la taille d'un œuf, chaude, douloureuse et fluctuante.



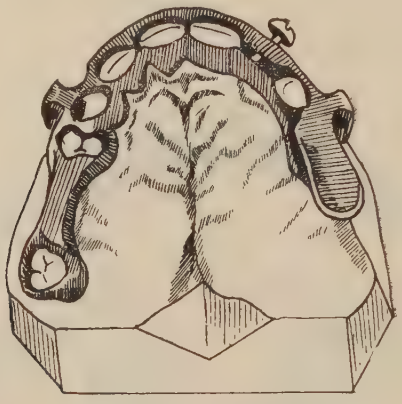
Deux fistules aboutissent au niveau des incisives. Le pus vient sourdre au collet de dents.

Le 19 octobre est pratiquée l'extraction de g6.

A la radio, on note une décalcification de la branche horizontale, avec aspect géodique.

La température oscille aux environs de 37°. Le pouls est à 100.

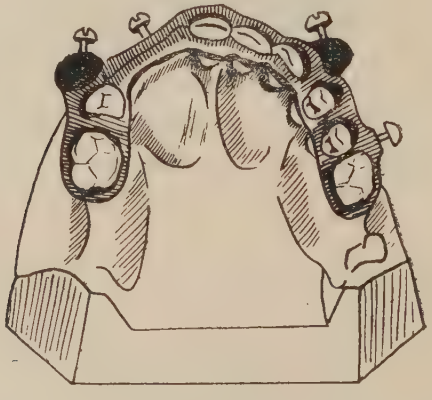
Un traitement à la pénicilline est institué (400.000 U.O.) par jour pendant trois jours.



L'intervention :

Elle a lieu le 28 octobre 1948.

Ouverture du foyer après extraction de g3 et g7. On se



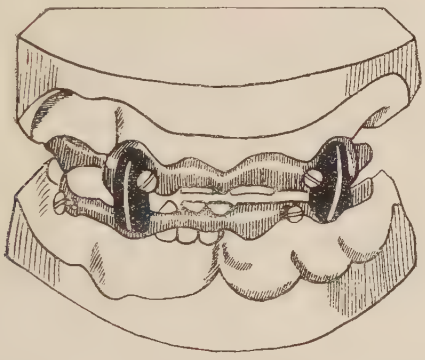
trouve en présence d'un foyer s'étendant de la région angulaire à la région incisive, rempli de petits séquestres en arrière et de fongosités. Un gros séquestre en avant.

Après le curetage, on se trouve en présence d'un évidement assez étendu, en forme de gouttière, dans le fond duquel apparaît le nerf dentaire inférieur.

Infiltration locale de pénicilline, puis colmatage au dagénan.

Contention :

Une prothèse endobuccale monobloc, s'adaptant à toutes les dents du maxillaire supérieur et, en bas, aux dents de l'hémiarcade droite, est mis en place.



Contention plâtrée exocrânienne.

Administration de 200.000 U. O. de pénicilline.

La température est à 37°.

Suites opératoires :

Les *suites opératoires* sont normales. Il n'y a pas de suppuration.

Pendant les jours suivants, sont pratiqués des méchages et des lavages.

L'immobilisation est maintenue pendant deux mois.

La suppuration a beaucoup diminué, elle est devenue intermittente.

Le malade est revu quatre mois après, la guérison semblait complète.

Ostéomyélites.

Sous le terme d'ostéomyélite mandibulaire sont groupées des lésions bactériologiquement et cliniquement très variées, l'apport du germe par voie sanguine étant la seule raison d'être de ce groupement.

Les germes responsables des ostéomyélites mandibulaires sont habituellement les pyogènes banaux : staphylocoque, streptocoque, pneumocoque. Beaucoup plus rarement, il s'agit du bacille typhique, du bacille tuberculeux ou même du tréponème palle.

Lorsqu'il s'agit de ces derniers germes, on parle habituellement d'ostéites tuberculeuses ou typhiques; le terme d'ostéite est impropre, puisqu'il s'agit alors d'une affection hématogène.

Parmi les lésions inflammatoires de la mandibule, l'ostéomyélite hématogène est, de beaucoup, la forme la plus rare.

Dans les différentes localisations d'ostéomyélites hématogènes, la localisation mandibulaire est une rareté, le pourcentage variant de 0,35 % à 4,4 %, selon les auteurs. (Thèse de Rodes.)

Classiquement, c'est une maladie d'enfants et de jeunes, évoluant sur un terrain débilité. L'âge le plus fréquemment cité dans les statistiques est celui de 6 à 12 ans; des cas d'ostéomyélites maxillaires ont été cités chez des nourrissons, mais il s'agissait surtout alors, d'ostéomyélites du maxillaire supérieur.

La maladie peut aussi se rencontrer chez l'adulte, mais plus exceptionnellement encore. (Lebedinsky cite un cas chez un homme de 47 ans.)

Ostéomyélites à pyogènes banaux.

La période de début est caractérisée par un syndrome infectieux grave :

Température de 39 à 40°, frissons, albuminurie, asthénie.

L'hémoculture est positive, mais on ne trouve pas de lésions dentaires ou buccales pouvant expliquer la localisation aux maxillaires.

Ce n'est, habituellement, qu'aux environs du cinquième jour que la localisation apparaît, sous forme de douleur angulomaxillaire, de trismus, puis de tuméfaction périmaxillaire, gonflant le vestibule. Les gencives sont tuméfiées, douloureuses, la joue tendue et luisante.

Enfin, à la période d'état; la douleur et les signes généraux diminuent, alors qu'apparaissent la suppuration et les fistules.

Diagnostic :

Au début, on se trouve en présence d'un état septicémique qui commande l'hospitalisation rapide et la pratique d'une hémoculture.

Le diagnostic est impossible avant l'apparition des signes de localisation. Il ne pourra être orienté que par eux :

douleur, œdème, mobilité des dents. Comme dans les ostéites, le signe de Vincent n'est pas constant; mais, lorsqu'il existe, il est le témoin d'une affection menaçant d'être grave.

Plus tardivement enfin, le diagnostic sera confirmé par l'apparition de fistules et des signes de séquestration.

Topographiquement, il sera précisé par la radiographie.

« Il est important de signaler que, si la radiographie ne montre rien à la phase de début, par contre, à la période d'état, elle tend à exagérer les lésions... Au-delà de la zone véritablement infectée, existe une zone simplement congestive en laquelle les sels calcaires ont fondu, mais reviendront aussi rapidement se fixer sur une trame organique restée indemne. » (Landais, Darcissac, Rousseau-Decelle.)

« Quant à l'origine hématogène, elle est certaine lorsqu'on a une hémoculture positive et l'absence de lésions dentaires ou gingivales; mais la présence d'une dent cariée, si elle ne présente pas de signe de monoarthrite, ne permettra pas d'éliminer le diagnostic d'ostéomyélite. » (Vrasse.)

Traitement :

En somme, le tableau clinique, à la période d'état, est identique à celui de l'ostéite diffusée grave.

Le traitement a été transformé par les sulfamides et la pénicilline.

Plus encore que pour l'ostéite d'origine dentaire, des doses massives de pénicilline, dès le début, ont des chances de juguler l'infection.

La chirurgie et la prothèse ont les mêmes buts que dans le traitement des ostéites et obéissent aux mêmes restrictions; les auteurs s'accordant à recommander un traite-

ment aussi médical que possible, la chirurgie doit rester d'une extrême prudence.

Ostéomyélites à bacilles d'Eberth.

L'ostéomyélite des maxillaires à bacille d'Eberth est extrêmement rare.

Il est probable que, depuis l'apparition parmi les antibiotiques, de la chloromycétine, cette forme d'ostéomyélite tendra à disparaître ou, si elle existe encore, pourra ainsi être rapidement traitée.

Nous n'avons eu connaissance d'aucune observation où la chloromycétine ait été employée dans le traitement.

Ostéites tuberculeuses.

Ce sont aussi des raretés. Rodes, dans sa statistique, a rencontré soixante-et-une observations. Mais il a soin d'indiquer que tous les cas rencontrés sont publiés en raison de leur intérêt théorique. En réalité, la localisation de la tuberculose aux maxillaires est une rareté.

En dix ans, à Berck, elle n'a été rencontrée que quinze fois par Lemaitre et Ruppe.

Comme dans les ostéites à pyogènes banaux, la chirurgie sera aussi économique que possible et se limitera à pratiquer les extractions indispensables, à drainer le pus et à éliminer les séquestres.

Le traitement médical indiqué dans les observations dont nous avons eu connaissance, se limite à la cure d'altitude avec héliothérapie, ou à la cure héliomarine.

Nous n'avons pas connaissance de cas traités par la streptomycine.

Ostéites syphilitiques.

Si les ostéites à pyogènes banaux sont assez courantes chez les syphilitiques, par contre, la localisation d'une syphilis au maxillaire inférieur est extrêmement rare.

(Voir tableaux ci-après.)

OSTÉOMYÉLITES

AUTEURS	AGE	SEXE	LOCALISATIONS	CAUSE	LÉSIONS — TRAITEMENTS	ÉVOLUTION
Bozzo Lattès Vrasse **Sept. 1930**		M.	Angle M. I. D. branche horizontale et symphyse. Dents mobiles jusqu'à g2	Panaris main droite. — Congestion pulmonaire.	Ostéomyélite M. I. D. ——— Sérum antigangréneux et drainage. ——— Puis vaccin antistaphylo. localement, bactériophage. ——— Ablation de séquestres. ——— Correction des déformations par prothèse intrabuccale et **immobilisation.**	Guérison relative en 10 mois. —— Risques de récidive ou de métastases. — Déformation mandibulaire persistante.
Coffart Lebedinsky Revue de Stomato **Juillet 1912**	47 ans	M.	Ostéomyélite subaiguë du M. I. niveau g5 g6 jusqu'à d6. Staphylo pur.		Signe de Vincent précoce. Extraction de d5 à g6. Les curetages ramènent une " bouillie osseuse " sans séquestre.	Gros délabrement et édentement comblés par une prothèse. — Bon état général.

L'Odontologie 1909 p. 184	9 ans 1/2	M.	Angle M. I. G.	Pneumonie.	Ostéomyélite M. I. G. Curetage — Drainage, Sequestrotomie. **Attelles interdentaires.**	Guérison en 4 mois. Articulé satisfaisant.
H. L. Rocher 15-4-1905	10 ans	F.	M. I. D. branche horizontale	Streptococcie, foyers multiples.	Curetage. Drainage.	Mort.
Sorel et Cahuzac 1946	3 mois	M.	M. I. région symphysaire.	Septicémie. Abcès du pied à staphylo.	Abcès à staphylo. Séquestration. Élimination des incisions. Pénicilline locale et générale.	Mort.

CONCLUSIONS

1° Le traitement des ostéites mandibulaires est avant tout fonction du diagnostic de la forme clinique.

L'ostéite périapicale, pratiquement solidaire de la mono-arthrite est le point de départ des complications dont la gravité est difficile à prévoir.

Le diagnostic précoce de la dent causale, l'extraction de cette dernière, complétée par un curetage, constituent la ligne de conduite dans les formes apyrétiques.

2° Dans les formes pyrétiques, *l'hospitalisation*, l'antibiothérapie doivent être une règle.

La *pénicillothérapie* modifie, dans les formes sévères, le pronostic vital.

Elle n'exclut pas, ici comme ailleurs, l'acte chirurgical.

3° La *chirurgie* mandibulaire est essentiellement conservatrice. Les extractions à la demande, le curetage des foyers, le colmatage sulfamidé ou pénicillo-sulfamidé représentent les actes essentiels de cette chirurgie.

« La nature oriente la séquestration mieux qu'une curette mal maniée. » (X.-J. Dubecq.)

4° L'*immobilisation prothétique* du maxillaire inférieur en position correcte d'articulé, doit devenir, dans les formes graves une règle absolue.

Elle est réalisée soit par un bridge de contention, soit par une gouttière, soit par un bloc intrabuccal en vulcanite ou en résine synthétique; elle est complétée par une bande plâtrée sincipito-mentonnière.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, et, si je le viole et que je me parjure, puissè-je avoir un sort contraire.

Vu :
Le Doyen,
G. PORTMANN.

Vu, bon à imprimer :
Le Président,
X. J. DUBECQ.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 28 Février 1950.
Le Recteur de l'Académie,
A. MARCHAUD.

BIBLIOGRAPHIE

Aillet (J.). — Considérations sur l'Ostéomyélite d'origine dentaire. *Thèse de Doctorat,* Paris 1936.

Becker (Benjamin). — L'Ostéomyélite du Maxillaire inférieur. *Thèse de Doctorat,* Paris 1937, Drivou, imp., in Revue d'Odonto-Stomatologie, n° 5, Bordeaux, décembre 1937.

Broca. — Ostéomyélites de la Machoire inférieure. *Société d'Anatomie de Paris,* 1913, in Presse Médicale, p. 47, juillet 1914.

Cadenat et Hennion. — Un cas d'Ostéomyélite aiguë traitée par la Pénicilline. *Revue de Stomatologie,* n°s 1-2, 1946, in Osteites des Maxillaires, p. 28, Masson éd., Paris 1949.

Chatonnet. — Semeiologie et étude statistique des Ostéopériostites des Maxillaires d'origine dentaire. *Thèse de Doctorat,* Bordeaux 1939-1940.

Chenet. — La Régénération osseuse après perte de substance étendue du Maxillaire inférieur. *Congrès du Havre,* juillet 1929, et l'Odontologie, 30 mars 1930 et 30 juin 1923, in Osteites des Maxillaires, Masson éd., p. 29.

Darcissac. — A propos du traitement des Ostéomyélites aiguës à forme envahissante du Maxillaire inférieur; nouvelles conceptions thérapeutiques. *Revue d'Odontologie,* décembre 1935.

Dechaume. — *Précis de Stomatologie,* Masson éd., Paris 1944.

Dechaume et Duchêne. — Traitement des Ostéites des Maxillaires par le Bactériophage. *Revue de Stomatologie,* Paris, n° 6, juin 1936.

Dubecq. — Drainage filiforme appliqué à des manifestations inflammatoires de la région cervicale d'origine dentaire. *Revue d'Odonto-Stomatologie,* Bordeaux, n° 3, juin 1937.

Dubecq (X.-J.) et Marcard (P.). — Comment traiter les Ostéites Mandibulaires (présentation d'un cas). *Revue d'Odonto-Stomatologie*, Bordeaux, octobre 1948.

Duclos (J.). — *Traitement des Ostéites*, in Revue d'Odonto-Stomatologie, Bordeaux, janvier 1940-avril 1940 (Drouillard).

Fernex (E.). — Bactériophage. *Pratique Odonto-Stomatologique*, feuillet 134, Genève 1949.

Friez. — *Rappel de Physio-Pathologie osseuse*, in Osteites des Maxillaires, p. 57, Masson, éd., Paris 1949.

Friez (P.). — *Ostéites de la zone alvéolaire des Maxillaires*, in Les Ostéites des Maxillaires, Paris, Masson 1949.

Gormonec. — Ostéomyélite aiguë du maxillaire inférieur. *Revue de Stomatologie*, septembre et octobre 1927.

Held (A.-J.). — La Radiologie dans les traitements radiculaires. *Pratique Odonto-Stomatologique*, Genève 1950, feuillet 304.

Huguet (J.). — *La Radiothérapie antiinflammatoire*. G. Doin éd., 1947.

Lattès et Bataille. — Phlegmon d'origine dentaire (pronostic, traitement). *Pratique Odonto-Stomatologique*, Genève 1950, feuillet 300.

Lattès, Vrasse et Bataille. — Deux cas d'ostéomyélites des Maxillaires traités par la pénicilline. *Revue de Stomatologie*, 1945, n°s 1-2, in Osteites des Maxillaires, Masson éd., p. 29.

Lemaitre et Ruppe. — L'Ostéomyélite subaiguë du Maxillaire inférieur. *Revue de Stomatologie*, Paris, mars 1929, p. 129.

— Contribution à l'étude de l'Ostéite tuberculeuse des Maxillaires. *Congrès de Stomatologie*, 1932.

Marmasse (A.). — Granulome péridentaire. *Pratique Odonto-Stomatologique*, feuillets 228-229, Genève 1950.

Muhleman. — 1° Antibiotiques en Stomatologie. *Pratique Odonto-Stomatologique*, feuillet 175, Genève (Suisse) 1949.

— 2° Sulfamides en Odonto-Stomatologie. *Pratique Odonto-Stomatologique*, feuillet 174.

Reed O'Dungmann. — A. J. of Orthodontics and oral Surgery, St Louis, juin 1939, in traitement de l'Ostéomyélite des machoires. *Revue d'Odonto-Stomatologie*, Bordeaux, Dubecq, octobre 1939.

ROCHER (H.-L.). — Les Ostéomyélites maxillaires. *Conférence faite à l'Association Odontologique* le 20 mars 1930, Bordeaux, Sirandeau, imp.

RODES (J.). — Les Lésions inflammatoires de la Mandibule chez l'enfant; étude statistique et clinique. *Thèse de Doctorat,* Bordeaux 1949-1950 (Drouillard, éd.).

ROUSSEAU-DECELLE. — Quelques réflexions sur l'Ostéite Mandibulaire. *Revue de Stomatologie,* Paris 1937.

SOLEIL (J.). — Alvéolites. *Pratique Odonto-Stomatologique,* Genève 1950, feuillet 316.

LABOUHEYRE, IMPRIMERIE ANDRÈS. — 1950